**【国際歯科医療安全機構「入会申し込みフォーム】　　（FAX申し込み用）**

※ 事務局にて受付後、メールにて「入会証」をご返信いたします。（メールでのご返信になります、必ずご確認ください。）

※ 入会証は、プリントアウトして研修会当日、受付にご提出ください。

※ 当機構の入会費は、研修会当日受付にて申し受けます。

**国際歯科医療安全機構・入会申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | |
| 生年月日 （西暦） | 年　　　　　月　　　　　　日 | 性　別 | 男　　　　・　　　　女 |
| 住所・郵便番号 | 〒　　　－ | | |
| 電　話 | （　　　　　） | FAX | （　　　　　） |
| メールアドレス | @  ※入会証は、メールでのご返信になりますので、正確にご記入ください。 | | |
| 職　種 | □　歯科医師・医師、それに準じる職種 ●年会費　8,000円  □　歯科衛生士・歯科技工士・看護師、それに準じる職種 ●年会費　2,000円  □　学生 ●年会費　2,000円  ※年会費は、2019年6月1日までの会費です。 | | |
| 所属・勤務先 （学校） |  | | |
| 勤務先電話 | （　　　　　） | 勤務先FAX | （　　　　　） |

**《送信先》**

FAX：03-6459-4677 メール：gpdps.info@gmail.com

* お申し込み後、事務局より、受付確認後「入会証」のご返信までお時間をいただきます。  
  ご返信の無い場合事務局まで、ご連絡ください。

国際歯科医療安全機構

事務局　：　羽場　英記

メール＝gpdps.info@gmail.com

電話＝03-6459-4676